

Selbstmord und Selbstmordversuch im frühen Reifungsalter

von
Hannelore Fischer
aus
Feucht bei Nürnberg

1970

1970 № 23 1

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. Dr. E. Weinig

Selbstmord und Selbstmordversuch im frühen Reifungsalter

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Hannelore Fischer

aus

Feucht bei Nürnberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. H. Valentin
Referent: Dr. G. Reinhardt
Korreferent: Prof. Dr. Dr. E. Weinig

Tag der mündlichen Prüfung: 15. 5. 1970

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. SELBSTMORDE UND SELBSTMORDVERSUCHE VON JUGENDLICHEN IM FRÜHEN REIFUNGSALTER	
A. Statistische Erhebungen	3
B. Herkunft und Milieu	10
C. Beziehungen zwischen Selbstmord und Rasse bzw. Religion	14
D. Körperliche und psychische Verfassung	14
E. Geschlechtsunterschiede	20
F. Art der Begehung	21
G. Motiv und Anlass	27
H. Psychologische und psychopathologische Determinanten des Selbstmordes im frü- hen Reifungsalter	35
I. Katamnesen	41
III. DISKUSSION	43
IV. ZUSAMMENFASSUNG	47
V. LITERATURVERZEICHNIS	48

I. EINLEITUNG

Wie PARNITZKE (1965) ausführt, ist der Selbstmord heute in zahlreichen Ländern unseres Kontinents eine der häufigsten Todesursachen des frühen und mittleren Erwachsenenalters. Mit zunehmendem Lebensalter, etwa vom 60. Lebensjahr an, steigt die Selbstmordziffer steil an. Ein besonderes Phänomen stellen die Selbstmorde jugendlicher Personen dar. Zwar disponiert die Pubertät mit ihrer psychischen Labilität zu abnormen Verhaltensweisen, andererseits fehlt dem jungen Menschen meist eine längere Anlaufphase mit selbstmordbegünstigenden Vorstellungen, es fehlen auch echte oder vermeintliche Krankheitszustände und sich addierende tiefgehende Konflikte. Wo letztere jedoch bestehen und äussere Vorbilder hinzukommen, dürfte ein abrupter zum Selbstmord führender Entschluss im jugendlichen Alter leicht in einen Suicid ausmünden können.

Bei der Beschäftigung mit dem Problem des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen erhebt sich die Frage, ob diese bereits in der Lage sind, die Tragweite des Entschlusses, dem Leben ein Ende zu setzen, in vollem Umfang zu erfassen. Nach Meinung von RINGEL und Mitarbeitern (1955) ist es Kindern im Alter von etwa 10 Jahren an möglich, das Phänomen des Todes logisch als Ende des Lebens und biologisch als Ende des Stoffwechsels zu verstehen. STERN (1957) konnte bei seinen Untersuchungen feststellen, dass sich die kindliche Todesvorstellung erst bei 11- bis 14-Jährigen denen der Erwachsenen angleicht.

Berichte über Selbstmordversuche von Kindern sind bereits im Talmud enthalten. Es wird dort erwähnt, dass ein Knabe sich getötet habe, weil er am Sabbat ein Glas zerbrochen habe (MÜLLER-KÜPPERS zit. nach WEICHBRODT).

Im klassischen Altertum erwähnt PLUTARCH eine Selbstmord-epidemie junger Mädchen in Milet, die sich erhängten (PRESSLER). Die Gründe hierfür sind nicht bekannt.

In der Renaissance beschrieb Michael MONTAIGNE in seinen

Essays mehrere Fälle von Kinderselbstmorden (ADLER, PRESSLER).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begann man sich eingehender mit dem Problem des Kinderselbstmordes zu befassen. Seither haben sich zahlreiche Autoren, vor allem in Europa und den USA damit beschäftigt, die Häufigkeit, Methoden und Hintergründe kindlicher Selbstmorde und Selbstmordversuche zu beschreiben.

Schon 1936 hatte MAY in einer Dissertation eine Literaturübersicht gegeben und auch über ein kleines Kollektiv jugendlicher Personen berichtet. Seither ist jedoch eine grössere Zahl von Arbeiten über das Problem von Selbstmorden bei Kindern und Jugendlichen erschienen.

Ziel der vorliegenden Arbeit soll es sein, anhand der seit etwa der Jahrhundertwende veröffentlichten Literatur die Hintergründe und Begehungsweisen eines Selbstmordversuches im Jugendalter darzustellen, Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten und auch Wandlungen nachzugehen, die mit Änderungen der Gesellschaftsordnung, Lockerung des Familienverbandes und Autoritätsverlust der Erzieher in Zusammenhang stehen.

Es wurde die Altersgruppe der Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren, also das frühe Reifungsalter, herausgegriffen. Zwischen den Begriffen "Selbstmord" und "Selbstmordversuch" wurde in der Literatur nicht immer deutlich unterschieden. Beide Phänomene vollendete Suicide und Suicidversuche werden daher auch in der vorliegenden Arbeit gemeinsam abgehandelt.

II. SELBSTMORDE UND SELBSTMORDVERSUCHE VON JUGENDLICHEN IM FRÜHEN REIFUNGSALTER

A. Statistische Erhebungen

Ein Eindruck von der Bedeutung des angeschnittenen Problems lässt sich an statistischen Berichten gewinnen.

ADLER (1910) erwähnt, dass es bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts statistische Aufzeichnungen über Kinderselbstmorde gegeben habe, zum Beispiel in Preussen bis zum Jahre 1749. In den Zahlenreihen sei eine Bewegung nach aufwärts deutlich wahrzunehmen.

HACKLÄNDER (1927) meint, dass es 1905 mehr Kinderselbstmorde gegeben habe, als 1883.

SWINSCOW (1951) berichtet über ein ständiges Ansteigen der kindlichen Selbstmorde in allen Altersgruppen in jüngster Zeit in England und Wales.

In den folgenden Tabellen sind Statistiken zusammengefasst, die aus verschiedenen Ländern stammen und vom Jahre 1834 bis zum Jahre 1967 reichen, wobei der längste je erfasste zusammenhängende Zeitraum Aufzeichnungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes in den Jahren 1900 bis 1967 entnommen wurde. In der Tabelle 1 sind der jeweils überblickte Zeitraum, das Land und die Zahl der beobachteten Suicide - soweit zu entnehmen - die Beziehung zur Zahl der Gesamtsuicide angegeben.

Tab. 1: Häufigkeit von Kinderselbstmorden in verschiedenen europäischen und aussereuropäischen Ländern in den Jahren 1834 bis 1967

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Zeitraum	Zahl der Selbst- morde insgesamt	Zahl der Kin- derselbstmorde	davon		Alter
						Knaben	Mädchen	
BAER	1901	Frankreich	1834-44	25.760	192			unter 16 J.
BAER	1901	Paris	1834-43	4.595	77			unter 14 J.
BAER	1901	Preussen	1869-98		1.615	1.273	342	10- 15 J.
EULEN- BURG	1907	Preussen	1880-1903		749	686	63	10- 15 J.
HOCHÉ	1913	Deutschland	1898		20	16	4	10- 15 J.
REDLICH u. LAZAR	1914	Frankreich	1866-75		240			bis 15 J.
REDLICH u. LAZAR	1914	England	1869-78		81			10- 15 J.
REDLICH u. LAZAR	1914	Buenos Aires	1899-1908	2.639	39			bis 15 J.
REDLICH u. LAZAR	1914	Wien	1912-13		61	33	28	10- 15 J.
KELLNER	1919	Sachsen	1900-13		238			bis 15 J.
KELLNER	1919	Preussen	1905		69			bis 15 J.
PRESSLER	1929	Frankreich	1861-75		451			10- 15 J.

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Zeitraum	Zahl der Selbst- morde insgesamt	Zahl der Kin- derselbstmorde	davon Knaben Mädchen	Alter
GAUPP	1934	Preussen	1890-1913		1.824	1.455 369	bis 15 J.
GRUHLE	1936	Württemberg	1910-1920		47		10- 14 J.
GRUHLE	1936	Schweiz	1876-1925		151		bis 15 J.
OBER- MÜLLER v.	1936	Baden	1904-1931		207	170 37	10- 15 J.
ZIL- BOORG	1937	USA	1928-1929		81		bis 15 J.
ZIL- BOORG	1937	Argentinien	1915-1926		286		bis 16 J.
KANNER	1948	USA	1926-1929		162	106 56	10- 14 J.
GEISLER	1953	Deutschland	1924	14.338	104	92 12	10- 15 J.
MÜLLER- KÜPPERS u. SCHILF	1955	Mexiko	1927-1946		93	37 56	bis 15 J.
OTTO u. BERGSTRAND	1962	Schweden	1955-1958		5	4 1	bis 15 J.
OTTO	1966	USA	1942-1945		210		10- 14 J.
OTTO	1966	USA	1957		68		10- 14 J.
OTTO	1966	England	1955		114	112 2	10- 15 J.

Die folgende Tabelle, die die Mortalität von 10 bis 14 Jahre alten Jugendlichen infolge Selbstmord, bezogen auf hunderttausend gleichaltrige Personen, aufzeigt, ist einer Statistik der WHO aus dem Jahre 1956 entnommen (Tabelle 2).

Tab. 2: Mortalität von 10 - bis 14-Jährigen durch Selbstmord in verschiedenen europäischen und aussereuropäischen Ländern, bezogen auf hunderttausend gleichaltrige Personen

Land	Jahr	Knaben	Mädchen
Bundesrepublik Deutschland	1952-1954	1,9	0,5
Portugal	1947-1949	1,7	0,3
Dänemark	1952-1954	1,3	0,2
Neuseeland (ohne Maori)	1952-1954	1,3	---
Finnland	1952-1954	1,2	0,4
Schweiz	1951-1953	1,1	0,4
Japan	1952-1954	0,9	0,5
Chile	1950-1951	0,8	0,5
Schweden	1951-1953	0,7	0,1
USA	1951-1953	0,7	0,2
Österreich	1952-1954	0,7	0,3
Frankreich	1952-1954	0,6	0,2
Australien	1951-1953	0,5	---
Italien	1951-1953	0,5	0,2
Niederlande	1952-1954	0,5	---
Kanada	1952-1954	0,5	0,2
Spanien	1951-1953	0,5	0,2
Südafrikanische Union (nur europäische Bevölkerung)	1951-1953	0,2	---
England u. Wales	1952-1954	0,2	0,1
Irland	1952-1954	0,2	---
Schottland	1952-1954	---	0,2
Norwegen	1952-1954	---	0,3

Über die Selbstmorde von unter 15-jährigen Personen in Bayern in ausgewählten Jahren seit 1900 gibt die folgende Tabelle Aufschluss.

Tab. 3: Selbstmorde von unter 15-jährigen Personen in Bayern seit 1900, bezogen auf hunderttausend gleichaltrige Personen

Jahr	Zahl	Auf hunderttausend unter 15-jährigen Personen
1900 ¹⁾	10	0,5
1910	12	0,5
1920	10	0,5
1930	4	---
1939	16	0,8
1950	11	0,5
1960	15	0,7
1965	10	0,4
1966	14	0,6
1967	9	0,4

1) 1900 - 1939 einschliesslich Pfalz

Nach einer russischen Statistik (zit. nach REDLICH und LAZAR) waren in Moskau in den Jahren 1908 bis 1909 4,5 % aller Selbstmörder 8- bis 14-jährige Kinder. Die gleichen Autoren geben 1914 an, dass in Österreich 1,18 %, in Wien 1,5 % aller Selbstmorde von Kindern bis zu 15 Jahren begangen worden seien.

Nach GRUHLE entfielen auf hunderttausend Kinder unter 15 Jahren an Kinderselbstmorden in Frankreich 1901 - 1906 1,8, Dänemark 1890 - 1895 1,4, in der Schweiz 1901 - 1905 0,96, 1921 - 1925 0,87, in England 1909 - 1915 0,3 und in Italien 1901 - 1905 0,3.

ČERNÝ und MEČIRŮ (1962) geben an, dass die Suicidrate bei den 10- bis 14-Jährigen in den Jahren 1950 bis 1954, auf hundert-

tausend Kinder der gesamten Population gerechnet, in Japan, Italien, der Deutschen Bundesrepublik und den USA am grössten sei.

Bei der Betrachtung der oben angeführten Statistiken taucht die Frage auf, ob hier auch wirklich alle in diesem Alter begangenen Selbstmorde und Selbstmordversuche mit verwertet worden sind.

GAUPP (1934) ist der Ansicht, dass die Aufzeichnungen über Selbstmorde im Kindesalter nur niedrigste Werte angeben, da der Suicid von den Angehörigen oft aus religiösen und moralischen Gründen verschwiegen werde.

Aus einem Aufsatz in der Zeitschrift THE LANCET (1964) geht ebenfalls hervor, dass es wohl eine grosse Dunkelziffer kindlicher und jugendlicher Selbstmorde gebe, da doch nicht alle Fälle in ein Krankenhaus eingewiesen würden.

In der folgenden Tabelle wird die Verteilung der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei 10- bis 15-jährigen Knaben und Mädchen auf die einzelnen Jahrgänge dargelegt (Tabelle 4).

Tab. 4: Altersverteilung von Selbstmorden und Selbstmordversuchen bei 10- bis 15-Jährigen

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Zeitraum	10 Jahre K M ins.	11 Jahre K M ins.	12 Jahre K M ins.	13 Jahre K M ins.	14 Jahre K M ins.	15. Jahre K M ins.
BAER	1901	Berlin.	--	- 1	3 -	3 2 1	3 1 1	2 2 2	4 4 -
REDLICH u. LAZAR	1904	Wien	--	2 -	6 1	7 2 6	8 3 5	8 2 3	5 5 4
MAY	1936	Basel	--	- -	1 -	1 1 -	1 - 4	- 3 3	1 2 3
V. OBER- MÜLLER	1936	Baden	1904-1931	9 -	15 1	16 32 5	37 37 11	48 71 20	91 120 40
BAADER	1955	Nord- rhein- westfa- len	1949-An- fang 1950	1 1	2 -	- 1 -	1 4 -	4 1 -	1 6 -
ZUMPE	1959	Berlin	---	- -	1 -	1 2 3	5 1 2	3 - 5	- 3 3
WAAGE	1966	Basel	1957-1964	2 -	2 1 2	3 - -	- 1 4	5 3 3	6 - -
OTTO	1966	Schweden	1955-1959	2 -	2 2 4	6 3 6	9 2 23	25 - -	- - -

1
0
1

Das Anwachsen der Selbstmordrate bei den 13- bis 15-jährigen Mädchen, das auch von den anderen Autoren sehr häufig beobachtet werden konnte, führt BAER (1901) auf den Beginn der Pubertät und die damit verbundene Einwirkung auf die Psyche zurück.

B. Herkunft und Milieu

Als einer der ersten beschäftigt sich BAER (1901) mit der Herkunft und dem Milieu, in dem die kindlichen Selbstmörder aufgewachsen sind, besonders mit den familiären und schulischen Verhältnissen. Er glaubt, dass Kinderselbstmorde sowohl in armen wie in reichen Familien vorkommen. So trügen in den ärmeren Klassen oft das materielle Elend, die schlechte Ernährung, ungünstige gesundheitliche Verhältnisse und Misshandlung von seiten der Eltern zum Selbstmord bei. Auch bei Kindern, deren Mütter berufstätig seien oder die selbst arbeiten müssten, komme es nicht selten zum Selbstmord. Bei reichen Familien könnten das üppige Leben und die frühzeitige Gewöhnung an Vergnügungen wie Tanz, Theater und Gesellschaft, Faktoren sein, die mit zum Selbstmord führen. Er hält es für einen Fehler, zu viel Gewicht auf die Entwicklung des Verstandes zu legen. So würden oft Kinder in höhere Schulen geschickt, die den dortigen Anforderungen nicht gewachsen seien. Unter den Eltern der kindlichen Selbstmörder seien häufig Alkoholiker oder nerven- und geisteskrankte Personen zu finden.

STELZNER (1906) fand bei allen kindlichen Selbstmörderinnen, die sie untersucht hatte, gestörte Familienverhältnisse. In drei Fällen waren mehrere nahe Angehörige psychisch auffällig, in einem Fall lag bei beiden Eltern und zwei Brüdern Kriminalität vor.

Auch nach EULENBURG (1907) sollen die häuslichen Verhältnisse bei kindlichen Selbstmördern oft zerrüttet sein. Bei Eltern und nahen Verwandten konnte er immer wieder Nervenleiden, Geisteskrankheiten und Trunksucht feststellen.

BUDE (1908) hält eine erbliche Belastung und falsche häusliche Erziehung und Lebensweise für wichtige Faktoren beim Zustandekommen kindlicher Selbstmorde. Er glaubt, dass die Folgen eines ausschweifenden Lebenswandels der Eltern zu einer geistigen Minderwertigkeit, Willensschwäche und Nervosität der Kinder führen könnten. Auch würden die Kinder, die später Selbstmord begehen, von den Eltern geistig überbürdet.

ADLER (1910) ist der Meinung, dass Kinderselbstmord in kinderarmen Familien häufiger vorkomme, da hier die Eltern ehrgeiziger seien und von den Kindern mehr verlangen würden. Die kindlichen Selbstmörder, die SERIN (1927) in Paris untersuchte, entstammten meist ärmlichen Verhältnissen. In der Ascendenz fanden sich häufig Psychosen, Alkoholismus und congenitale Lues.

PRESSLER (1929) glaubt, dass schlechte Gewohnheiten in der Familie, eine ungünstige Lebensweise, Fabrikarbeit der Kinder und schlechte Wohnverhältnisse beim kindlichen Selbstmordgeschehen eine wichtige Rolle spielen. Den Hauptgrund kindlicher Selbstmorde sieht er in krankhaften Erbanlagen, die zu seelischen Schwierigkeiten führen.

TÖBBEN (1930) konnte feststellen, dass in der Familie der kindlichen Selbstmörder oft eine ausgeprägte Selbstmordneigung bestand. Ferner konnte er nachweisen, dass die ihm bekannten kindlichen Selbstmorde zu je 50 % auf die Stadt- und Landbevölkerung verteilt waren.

ESTAPE und DELGADO CORREA beschrieben 1932 den Fall eines 13-jährigen Mädchens, in dessen Familie väterlicherseits innerhalb von 10 Jahren 20 Familienmitglieder auf verschiedene Weise Selbstmord begangen hatten.

KANNER (1948) ist der Ansicht, dass schwierige Familienverhältnisse oft zu Selbstmordtendenzen bei Kindern führen können.

LIEBERMANN (1953) berichtet von zwei kindlichen Selbstmördern, die in ungünstigen familiären Verhältnissen lebten. Er hebt hervor, dass hier besonders die Beziehung zur Mutter, die in dem einen Falle zur Zeit des Selbstmordversuches erkrankt war, im andern Fall kein Verständnis für den Patienten hatte, gestört war.

Eine schwierige familiäre Situation (Alkoholismus , Reizbarkeit und Brutalität der Eltern, Tod eines nahen Angehörigen) lag auch bei den kindlichen Selbstmördern vor, die GEISLER 1953 beschrieben hat.

MÜLLER-KÜPPERS und SCHILF (1955) glauben, dass Milieuschäden den normalen Entwicklungsablauf verändern und dadurch Selbstmord zur Folge haben können.

BAADER (1955) hält den kindlichen Selbstmord für ein vorwiegend soziologisches Problem, da in über 50 % der Fälle gestörte Familienverhältnisse (unvollständige Familie mit Fehlen eines Elternteiles, Stiefmutter oder Stiefvater, Adoptiveltern, Trennung vom Elternhaus, Heimunterbringung, Alkoholismus oder Brutalität des Vaters) bestünden.

Auch ZUMPE (1959) kommt in einer umfassenden Arbeit zu dem Ergebnis, dass fast alle ihre kindlichen Patienten einen deutlichen Mangel an Geborgenheit und liebevoller Zuwendung erlebt hatten, wofür teilweise ungünstige äussere Umstände (unvollständige Familien, überforderte Mütter), teilweise das persönliche Unvermögen der Erziehungspersonen verantwortlich zu machen seien.

Von den Kindern, die TOOLAN 1960 im Bellevue-Hospital New York untersuchte, stammte ein Grossteil aus Familien, deren Verhältnisse nicht geordnet waren. In weniger als ein Drittel der Fälle lebten beide Elternteile in der Familie. Besonders auffallend war, dass der Vater oft für längere Zeit ausserhalb des Familienverbandes wohnte. Unter den kindlichen Selbstmördern fanden sich nur wenige Einzelkinder, häufig war der Patient das älteste Kind.

Auch BERGSTRAND und OTTO (1962) betonen, dass eine schwierige häusliche Situation ("broken home", Alkoholismus, seelische Krankheiten oder Neurosen der Eltern) häufig mit die Ursache von kindlichen Selbstmorden sein können. Beide Autoren kamen ausserdem zu der Feststellung, dass die Mehrzahl der Selbstmorde von Kindern begangen wurden, deren Eltern ein niedriges Einkommen hatten.

Zu den Autoren, die ungünstige Familienverhältnisse als wichtige Faktoren beim Zustandekommen kindlicher Selbstmordhandlungen betrachten, gehören auch LAWLER und Mitarbeiter (1963). Bei

den meisten der von ihnen untersuchten Kindern waren die Eltern sadistisch, geisteskrank oder Alkoholiker, oft fehlte auch ein Elternteil.

THE LANCET erwähnt 1964, dass kindliche Selbstmorde bei Angehörigen niederer Einkommensklassen offenbar häufiger seien als bei höheren. Möglicherweise beruhe diese Annahme jedoch darauf, dass letztere nicht zur stationären Aufnahme im Krankenhaus kämen (ohne Autor).

Von der Bedeutung ungünstiger soziologischer Einflüsse spricht auch GOULD (1965). Er meint, dass Verlust, Fehlen oder Abwesenheit eines Elternteiles, häufiger Wohnungswechsel und Arbeitslosigkeit des Ernährers der Familie bei jugendlichen Selbstmördern häufiger vorkomme als sonst bei Jugendlichen der gleichen Altersgruppe.

WAAGE (1966) weist ebenfalls auf den Einfluss gestörter Familienverhältnisse und anderer Milieuschäden auf jugendliche und kindliche Selbstmörder hin. Er konnte feststellen, dass die jüngeren Kinder oft ohne Väter aufgewachsen waren, bei älteren jedoch Persönlichkeitsanomalien neurotischer und psychopathischer Art (Verwahrlosung oder Trunksucht der Eltern) in der Familie beobachtet werden konnten.

ROSENBERG und Mitarbeiter (1966) erwähnen in ihren Ausführungen über Selbstmordversuche bei Kindern zwei Zwillingspaare, bei denen die Ablehnung durch die Mutter bzw. Stiefmutter zum Selbstmordversuch geführt hatte.

Die Selbstmordfälle, die WINN und Mitarbeiter (1966) beschrieben, entstammen alle ärmlichen Verhältnissen. Auch hier spielte oft ein unharmonisches Familienleben eine Rolle beim Zustandekommen des Selbstmordversuches.

HALDANE und Mitarbeiter (1967) fanden bei ihren Patienten in weniger als 25 % der Fälle ein "broken home". Bei den übrigen war das Familienleben oft durch Tyrannei des Vaters, übermäßige Nachgiebigkeit der Mutter, Fehlen von Familiensinn und einer positiven Beziehung des Vaters zu der Mutter oder den Kindern beeinträchtigt. Zwanzig von einunddreissig Patienten waren das älteste oder jüngste Kind.

C. Beziehung zwischen Selbstmord und Rasse bzw. Religion

Einige amerikanische Autoren befassen sich mit dem Problem der Zusammenhänge zwischen kindlichem Selbstmord und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Rasse, bzw. Religion.

DESPERT (1952) führt Statistiken an, denen zufolge in den USA in der Zeit von 1926 bis 1929 von 162 Selbstmorden 9 von Negeren, im Jahre 1947 von 55 Selbstmorden 5 von Negeren (4 Knaben, 1 Mädchen) begangen wurden.

TOOLAN konnte anhand seiner Untersuchungen im Bellevue-Hospital New York im Jahre 1960 feststellen, dass die Selbstmordversuche hinsichtlich der Religionszugehörigkeit besonders von Katholiken, hinsichtlich der Rassenzugehörigkeit von Puertorikanern, Weissen und Negeren in absteigender Reihenfolge unternommen wurden.

Auch GOULD kam 1965 zu dem Ergebnis, dass ein hoher Prozentsatz der kindlichen Selbstmorde bei der puertorikanischen Bevölkerung zu finden sei, was er zum Teil darauf zurückführt, dass Selbstmord bei rassischen Kinderheiten öfters vorkomme. Auch seien unter den jugendlichen Selbstmördern etwas mehr Neger zu finden als Weisse. Im Gegensatz zu TOOLAN stellte er jedoch fest, dass die kindlichen Selbstmorde bei Protestanten häufiger seien als bei Katholiken, was seiner Meinung nach damit zusammenhänge, dass Selbstmord bei letzteren als Sünde betrachtet werde.

WINN (1966) fand unter dem von ihm in New York untersuchten kindlichen Selbstmördern ebenfalls vorwiegend Puertorikaner und Neger.

D. Körperliche und psychische Verfassung

Die aus ärztlicher Sicht besonders wichtige Frage der körperlichen und psychischen Verfassung der Jugendlichen vor dem Selbstmord ist in der gesammelten Literatur nicht einheitlich umfassend dargestellt, bei manchen Autoren fehlen Hinweise darauf.

Als wichtige Selbstmordursache jugendlicher Personen nennt BAER (1901) die Geistesstörung. Er schreibt, dass nach einer preussischen Statistik in den Jahren 1884 - 1898 unter 979 Selbstmördern unter 15 Jahren 79, d. h. 8,7 %, Geisteskranke gewesen seien. Zu diesen gehörten auch Fälle, die durch wiederholte Selbstmordversuche, depressive Verstimmung, übermässige Eifersucht, lange dauernde körperliche Leiden und Vagantentum aufgefallen waren. Als wichtige Faktoren für den Selbstmord Jugendlicher seien auch eine minderwertige Organisation, frühere Schädeltraumen, konstitutionelle, infektiöse und Erbkrankheiten anzuführen, die eine psychische Labilität, Reizbarkeit, Trotz, Jähzorn und Willensschwäche zur Folge hätten. Die meisten Kinderselbstmorde seien seiner Erfahrung nach Ergebnis einer chronischen melancholischen Verstimmung.

Die 4 Mädchen im Alter von 13 bis 15 Jahren, die STELZNER in ihrer Analyse von 200 Selbstmordfällen 1906 anführte, waren Psychopathinnen.

EULENBURG (1907) findet bei Schülern, die Selbstmordversuche unternommen hatten, oft eine Geistesstörung oder eine angeborene, meist ererbte nervös-seelische Belastung, sowie Charakterfehler in der Anamnese.

ADLER (1910) hält Geistesstörungen und eine mangelnde Intelligenz als Grund für schulisches Versagen für bedeutsame Ursachen von Schülerselbstmorden.

LAZAR und REDLICH (1914) konnten bei den von ihnen untersuchten Kindern oft eine geistige Frühreife und labile Stimmung mit Neigung zu erhöhter Reizbarkeit, explosiven Affektentladungen und gewaltsamen Handlungen feststellen. Häufig seien auch Anomalien des Charakters. Bei diesen Kindern finde man Lügner und Diebe, sie seien oft rechthaberisch, trotzig, unverträglich, boshaft, liefen von zuhause weg und tendierten zum Vagantentum.

KELLNER (1919) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen kindlichen und jugendlichen Selbstmorden und geistigen Anomalien. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, dass die Zylothymie oft frühzeitig beginne und über melancholische Verstimmungszustände zu Lebensüberdruß führen könne. Ebenso könne die Hebephrenie mit ihrer Neigung zu absonderlichen Einfällen, zu Trieb- und Affekthandlungen auch Selbstmordanwandlungen im Gefolge ha-

ben oder durch die Verständnislosigkeit der Angehörigen dazu führen. Bei Epileptikern könne es während eines Dämmerzustandes zu Selbstmordhandlungen kommen. Auch bei leichterem Schwachsinn könne man Selbstmordversuche beobachten, besonders bei leicht reizbaren misshandelten und empfindlichen Kindern. Unter den jugendlichen Selbstmördern besonders zu erwähnen seien die Psychopathen, deren Verhalten durch eine übermäßige Wandelbarkeit der Stimmung, Heftigkeit, langes Andauern von Affekten und chronische Verstimmungszustände gekennzeichnet seien. Bei den hysterischen Psychopathen finde sich auch die Tendenz zur Nachahmung von Selbstmorden.

Speziell mit der Psychopathologie des Kindesalters befasst sich HOMBURGER (1926). Er findet bei kindlichen Selbstmördern auch Psychosen (schwere depressive Verstimmungen und Schizophrenien) in der Vorgeschichte.

Der Meinung, dass bei hysterischen Psychopathen eine Neigung zur Nachahmung von Selbstmordversuchen bestehe, ist auch SERIN, die 1927 über 5 Selbstmorde bei Kindern unter 16 Jahren in Paris berichtete.

PRESSLER (1929) glaubt, dass die in der Pubertät auftretende Tendenz zur Onanie zu Selbstmordgedanken führen könne, da nach ADLER durch die Verdrängung sexueller Wünsche Lebensüberdruß entstehe.

Eine sadistische Triebkomponente macht FRIEDJUNG (1930) mit für das Zustandekommen von Selbstmordversuchen Jugendlicher und Kinder verantwortlich.

TÖBBEN führt 1930 in seinen Darlegungen über den Geisteszustand jugendlicher Selbstmörder zur Zeit der Tat aus, dass die erhöhte Ansprechbarkeit Minderbegabter und erregbarer Psychopathen Selbstmord zur Folge haben könne. Unter jugendlichen Selbstmördern finde man auch häufig empfindsame Persönlichkeiten mit verstärktem Ehrgefühl und einer Überempfindlichkeit des Gewissens. Als depressive Reaktion müsste man Selbstmorde bei Epilepsie und postencephalitischen Zuständen auffassen. Nach ZIEHEN seien ein Fünftel aller Kinderselbstmorde durch Psychosen bedingt.

Unter den 94 kindlichen Selbstmördern, die KIELBERG (1936) in Dänemark untersuchte, waren ein Drittel körperlich krank oder mit Geisteskrankheiten erblich belastet.

MAY beschrieb 1936 8 Fälle, von denen 6 Psychopathen, 1 debil war.

SCHILDER und BENDER (1937) konnten unter 17 Fällen zweimal eine Debität, zweimal eine Epilepsie und einmal eine Lues congenita nachweisen.

Nach Ansicht von GRUHLE (1940) ist eine psychopathische Wesensart der Hauptgrund für Kinderselbstmorde.

KANNER (1948) glaubt, dass Schizophrenie und Depression nur in wenigen Fällen Schuld am Selbstmord von Kindern seien, jedoch in ihrer Wichtigkeit nicht unterschätzt werden sollten, da unglückliche Kinder überhaupt oft Selbstmordgedanken hätten. Oft seien jedoch labile und schwachsinnige Persönlichkeiten unter den kindlichen Selbstmördern zu finden.

Wichtig für den Selbstmord von Kindern hält RINGEL (1953) folgende psychische Merkmale: Mangelnde eigene Liebesfähigkeit, verstärkte frühzeitige Aggressionstendenz, Häufung dissozialer Eigenschaften, ethische Minderwertigkeit, geistige Frühreife, die das frühzeitige Erfassen der Unterschiede zwischen Leben und Tod ermögliche. Geisteskrankheiten spielten nur selten eine Rolle, dagegen könnten neurotische und psychopathische Entwicklungen und Verhaltensweisen unter ungünstigen Umständen früh zum Selbstmord führen. Der Suicid sei als Abschluss der neurotischen Entwicklung zu betrachten.

STERN (1953) konnte an mehreren Beispielen nachweisen, dass Charakterstörungen und Stimmungsschwankungen bedeutsame Faktoren für Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen seien. GEISLER (1953) hebt in ihren Ausführungen hervor, dass Kinder, die Selbstmordversuche begingen, eine psychophysische Labilität (unter anderem EEG-Veränderungen), psychopathische Reaktionsweisen und auch ein aggressives Verhalten gegen die Eltern gezeigt hätten.

Nach der Meinung von BAADER (1955) liege den Selbstmorden bei Kindern selten eine Geisteskrankheit zugrunde, dagegen häufig eine Psychopathie.

ZUMPE (1959) unterscheidet bei ihren Patienten drei Gruppen.

In der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen könne man sensitive, kontaktarme, meist durchschnittlich begabte Kinder finden, die vor dem Selbstmordversuch durch Nachlassen der Schulleistungen, Lügen, Stehlen und Schuleschwänzen aufgefallen seien. Zur zweiten Gruppe gehörten Jugendliche mit pubertätsbedingten Verhaltensstörungen, die ebenfalls durchschnittlich begabt und kontaktarm seien. Bei diesen Jugendlichen könne es durch die Pubertät zu einer depressiven Verstimmung oder Trotzreaktionen, zu verstärkter Gehemmtheit und Isolierung kommen. Zur dritten Gruppe schliesslich zählten die Jugendlichen mit schweren Anpassungsstörungen und Verwahrlosungserscheinungen. Diese seien häufig minderbegabt, kontakt- und bindungslos. TOOLAN (1961) konnte bei den von ihm untersuchten 74 Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren psychisch hauptsächlich Verhaltens- und Charakteranomalien, sowie depressive Reaktionen feststellen. Auch kommt er zu dem Ergebnis, dass bei den jüngeren Kindern vielfach eine Schizophrenie vorliege.

Bei seinen Untersuchungen fand SPIEL (1961) bei 10 bis 14-Jährigen unter 52 Fällen von Schizophrenie 2 Knaben und 3 Mädchen, unter 12 Fällen von Zyklothymie 2 Knaben und 2 Mädchen, die Selbstmordversuche unternommen, bzw. Selbstmorddrohungen geäussert hatten.

LAWLER, NAKIELNY und WIGHT konnten 1963 bei 21 jugendlichen Patienten, die wegen eines Selbstmordversuches behandelt wurden, oft eine hohe Intelligenz ermitteln. Diagnostisch nahmen sie Charakterstörungen, Depressionen (neurotische Depressionen und manisch-depressive Psychosen) sowie Schizophrenie an. 4 Patienten (darunter 3 schizophrene) hatten schon früher Selbstmordversuche begangen, 8 Patienten waren vor weniger als 6 Monaten krank gewesen, 11 Patienten zeigten eine gestörte Gemütsverfassung vor 1 bis 5 Jahren, 2 Patienten waren 8 Jahre geisteskrank und 2 Patienten unternahmen zweimal einen Suicidversuch.

Einem Aufsatz im LANCET aus dem Jahre 1964 ist zu entnehmen, dass bei kindlichen und jugendlichen Selbstmördern Schizophre-

nien und abnorme depressive Reaktionen häufig seien. Man könne diese Patienten in 1. depressive und

2. hyperaktive und aggressive Persönlichkeiten einteilen.

DOBROTKA und KOKAVEC (1965) weisen darauf hin, dass sie bei ihren Patienten häufig mangelnde Reife, psychopathische und disharmonische Entwicklung oder einen verborgenen psychopathologischen Prozess gefunden hätten, dass jedoch auch eine intakte Persönlichkeit keinen Schutz vor Selbstmord biete.

WAAGL (1966) glaubt, dass Psychosen vor kindlichen Selbstmorden selten seien. Er fand bei seinen 16 Patienten 8 unterdurchschnittlich, 5 durchschnittlich und 3 überdurchschnittlich Begabte. 2 Patienten litten an einer Psychopathie, bei 8 Patienten eine kürzer dauernde abnorme Reaktion nachweisbar.

ROSENBERG und LATIMER (1966) konnten bei einem Grossteil ihrer Patienten eine Minderbegabung feststellen.

Zum Problem des Zustandes kindlicher Selbstmörder bemerken WINK und HALLA (1966), dass bis 15 % der von ihnen untersuchten Kinder eine Psychose mit organischem Hirnschaden, bei 70 % eine Schizophrenie diagnostiziert worden sei. Bei den anderen habe es sich um reaktive Depressionen gehandelt. Alle Kinder seien zur Zeit des Selbstmordversuches deprimiert gewesen. In der Anamnese habe man häufig eine Neigung zu Diebstählen, Davonlaufen, sexueller Betätigung und Fehlhaltungen in der Schule feststellen können. 50 % der männlichen Selbstmörder seien Brandstifter gewesen. Im Gegensatz zu diesen Autoren konnte LOURIE (1967) nur in Einzelfällen eine Psychose als Ursache des Selbstmordversuches finden.

HALLDARL und HAIDER (1967) machten die Erfahrung, dass ihre 30 Patienten meist schon in der Vorschulzeit aggressiv und ablehnend im Verhalten, abhängig von den Eltern, eifersüchtig gegen die Geschwister und unfähig gewesen seien, Frustrationen zu ertragen. 6 Knaben und 4 Mädchen seien bereits einige Male von zuhause weggelaufen, 5 von diesen Knaben hätten sich in der Öffentlichkeit in irgendeiner Weise aggressiv gezeigt, 1 Mäd-

chen sei in Diebstähle verwickelt gewesen, 1 Knabe und 2 Mädchen seien vorher psychiatrisch behandelt worden, 2 Knaben und 2 Mädchen hätten schon vorher Suicidversuche unternommen. Zum Zeitpunkt des Selbstmordversuches habe man in 19 Fällen Charakterstörungen, in 4 Fällen reaktive Verhaltensstörungen, in 3 Fällen depressive Verstimmungen und in 1 Fall eine Schizophrenie feststellen können.

E. Geschlechtsunterschiede

Bereits in dem Abschnitt Statistische Erhebungen wurden Angaben über die Verteilung der Selbstmordversuche auf Knaben und Mädchen zitiert. Es fällt ein deutliches Überwiegen der Selbstmordversuche bei Knaben auf.

Unter den von BAER (1901) untersuchten Patienten waren 60 % Knaben, 40 % Mädchen. Er glaubt, dass die Neigung zu Selbstmordversuchen bei Knaben früher als bei Mädchen auftrete. Das bei 13- bis 15-jährigen Mädchen zu beobachtende Ansteigen der Selbstmordziffer führt er auf die Auswirkungen der Pubertät zurück. HOCHÉ (1913) berichtet, dass 1898 in Deutschland das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen kindlichen Selbstmördern 4 : 1 betragen haben soll.

Nach GRUHLE (1936) wurden in Hamburg von 1900 bis 1930 auf hundert männliche 37,5 weibliche Selbstmorde bis zu 15 Jahren gezählt. In Baden entfielen bei den 10- bis 15-Jährigen auf hundert männliche 17,3 weibliche Selbstmorde, in Preussen 1908 bis 1926 auf hundert männliche 24,6 weibliche Selbstmorde.

Unter 12 Selbstmordversuchen bei Kindern im Alter von 11 bis 15 Jahren fand MAY (1936) 7 Knaben und 5 Mädchen, bei 3 Knaben und 2 Mädchen war der Selbstmordversuch gelungen.

RINGEL, SPIEL und STEPAN (1952) konnten ebenfalls Selbstmordtendenzen häufiger bei Knaben als bei Mädchen feststellen. Sie glauben, dass die Neigung zu Selbstmordversuchen besonders bei solchen Mädchen auftrete, die sich als Knaben fühlten.

TOOLAN (1961) kommt zu dem Ergebnis, dass auf der ganzen Welt bei Knaben mehr erfolgreiche Selbstmordversuche zu finden seien als bei Mädchen, bei letzteren seien dagegen die misslungenen

Selbstmordversuche häufiger.

LAWLER, NAKIELNY und WIGHT (1963) fanden bei 21 in dem Winnipeg-Childrens-Hospital untersuchten Patienten (14 Mädchen und 7 Knaben), die im Alter von 10 bis 15 Jahren Selbstmordversuche begangen hatten, insgesamt ein deutliches Überwiegen der Mädchen. Bei den 10 und 11-Jährigen hatten jedoch 4 Knaben und nur 1 Mädchen einen Selbstmordversuch unternommen.

GOULD (1965) gibt bei den vollendeten Selbstmorden das Verhältnis zwischen Knaben und Mädchen mit 3:1 an, glaubt aber, dass bei den Mädchen mehr Selbstmordversuche vorkämen. Er führt diese Tatsache darauf zurück, dass Mädchen in unserer Kultur zwar weniger Möglichkeiten hätten, ihre Aggressivität auszuleben, jedoch häufiger hysterische Züge zeigten.

WAAGE (1966) ist ebenfalls der Ansicht, dass gelungene Selbstmorde bei Knaben öfters vorkämen, was offenbar mit der Wahl der Methode zusammenhänge. Bis zur Pubertät seien Selbstmordversuche und Selbstmorde bei Knaben, nach Beginn der Pubertät bei Mädchen häufiger.

OTTO (1966) zitiert eine Statistik der WHO aus dem Jahre 1956, nach der bei den 10- bis 14-Jährigen die Selbstmordversuche bei Knaben $3 \frac{1}{2}$ mal häufiger seien als bei Mädchen. In Schweden seien in den Jahren 1951 bis 1955 auf hunderttausend Einwohner bei den 10- bis 14-Jährigen 0,62 männliche, 0,16 weibliche Selbstmordversuche gezählt worden. In England seien 1955 von insgesamt 114 Suiciden 10- bis 15-Jähriger 112 von Knaben, 2 von Mädchen begangen worden.

Im Gegensatz zu den letztgenannten Feststellungen fanden HALDANE und HAIDER (1967) unter 30 9- bis 15-jährigen Kindern die Selbstmordversuche unternommen hatten, 10 Knaben und 20 Mädchen.

F. Art der Begehung

In gleicher Weise wie im ersten Kapitel wurde die Art der Begehung des Selbstmordversuches tabellarisch zusammengefasst. (Tab. 5).

Tab. 5: Art der Begehung der Selbstmorde und Selbstmordversuche

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Art der Begehung	Anzahl der Fälle	Knaben	Mädchen
BAER	1901	Berlin und Umgebung	Erhängen, Fenstersturz, Ertränken, Erschossen, Verbrennen	20	12	8
STELZNER	1906	Berlin	Ertränken, mehrmalige Selbstmordversuche der gleichen Person durch Schnittverletzung, HCL-Vergiftung, Ertränken und Fenstersprung	4	-	4
EULEN-BURG	1907	Preussen	Erschossen, Ertränken, Erhängen, Vergiftung	-	-	-
REDLICH u. LAZAR	1914	Wien	Fenstersprung, Ertränken, Erfrieren, Überfahrenlassen, Erwürgen, Erhängen, Erschossen, Schneiden und Stechen, Vergiftung	-	-	-
TÖBEN	1930	Deutschland	Erhängen, Erdschleichen, Überfahrenlassen, Ertränken, Gas, Sturz aus der Höhe	39	20	19
GAUPP	1934	-	Fenstersprung, Erhängen, Ertränken, Gift und Gas	-	-	-
KIELBERG	1936	Dänemark	Ertränken, Erhängen, Gas, Fenstersprung, Ertränken, Gift, Erschossen, Erhängen, Axtverletzung	94	-	-
MAY	1936	Basel		12	6	6

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Art der Begehung	Anzahl der Fälle		Knaben	Mädchen
SCHILDER u. BENDER	1937	New York	Fenstersprung, Gift, Verletzung mit dem Messer, Überfahren- lassen	-	-	-	-
KANNER	1948	USA	Feuerwaffen, Erhän- gen und Strangula- tion, Atzmittel, Er- tränken, Gift, Gas, schneidende Instru- mente, Zerquetschen	162	106	56	
GEISLER	1953	Berlin	Fenstersturz, Schnitt- verletzungen, Kombi- nation von Gas, Schlaf- mitteln und Nikotin				
ZUMPE	1959	Berlin	Gas, Schlafmittel, sonstige Tabletten, Strangulation, Schnitt- verletzung				
RINGEL, SPIEL, STEPAN	1952	-	Ertränken, Fenster- sturz, Erhängen	-	-	-	-
TOOLAN	1961	-	Gift, Erhängen, Feuer- waffen	-	-	-	-
LAWLER, NAKIELNY, WIGHT	1963	Winnipeg	Medikamente, schnei- dende Instrumente, Gas, Erhängen, Autofahren, Verstecken im Schrank	21	7	14	
JAKOB- ZINER	1965	New York	Aspirin	2	-	2	
WAAGE	1966	Basel	Tabletten, Erhängen, Schnittverletzung, Er- tränken, Gas, Kombina- tionen von Erhängen und Schnittverletzung sowie Erhängen und Gas	16	7	9	

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Art der Begehung	Anzahl der Fälle	Knaben	Mädchen
ROSENBERG, LATIMER	1966	Cincinnati	Gift, Tabletten (besonders Aspirin), nichtmedizinische Flüssigkeiten, Fahr- zeuge, Sturz aus der Höhe, Erhängen, Gas, schneidende Instru- mente, Rauch, Stran- gulieren	26	6	20
WINN, HALLA	1966	New York	Überfahrenlassen, Medikamente (auch Aspirin), Schnitt- verletzungen, Er- hängen, Herabsprin- gen, Kohlenoxyd, Kom- binationen von Koh- lenoxyd und Schnitt- verletzungen	5	-	-
HALDANE, HALDER	1967	Cupar (Schott- land)		30	10	20

Bei einigen dieser Autoren sind auch Angaben darüber zu finden, wieviele Knaben und Mädchen aus ihrem Patientenmaterial auf eine bestimmte Weise Selbstmordversuche unternommen hatten. (Tab. 6)

Tab. 6: Häufigkeit der Art der Begehung von Selbstmorden und Selbstmordversuchen bei Knaben und Mädchen

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Zahl der Knaben (K)	Zahl der Mädchen (M)	Zahl der Fälle ins- gesamt																
BAER	1901	Berlin und Umgebung		8	20	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
MAY	1936	Basel	12	6	12																
GEIS- LER	1953	Berlin	6	2																	
ZUMPE	1959	Berlin	1	12																	
WAAGE	1966	Basel	5	9	17																
HAIDANE, HAIDER	1967	Cupar (Schottland)	7	20	16																
			10	30	30																
		Gesamtzahl	41	57	98																

REDLICH und LAZAR kommen in ihren Untersuchungen über Kinderselbstmorde in Wien im Jahre 1912/13 zu der Feststellung, dass Knaben am häufigsten Selbstmord durch Erhängen, Mädchen durch Sprung aus dem Fenster und Vergiftung begehen. Insgesamt aber am häufigsten seien jedoch Selbstmorde durch Sprung aus dem Fenster, Ertränken und Gift.

Nach einer Statistik für das Deutsche Reich aus dem Jahre 1926 (zit. nach TÖBBEN) wurden damals als Selbstmordarten Erhängen und Erdrosseln bevorzugt. Es folgten dann die Selbstmorde durch Überfahrenlassen, Ertränken, Gas und Sturz aus der Höhe.

GAUPP (1934) stellt fest, dass Erhängen und Sprung ins Wasser die häufigsten Selbstmordarten seien und gleichoft bei Knaben und Mädchen zwischen 12 und 16 Jahren vorkämen. Bei Kindern unter 14 Jahren sei der Sprung aus dem Fenster überhaupt die häufigste Selbstmordart. Mädchen würden oft Gift und Gas wählen, um Selbstmord zu begehen.

KIELBERG (1936) teilt in einem Referat über dänische Kinderselbstmorde mit, dass von 94 Kindern über 10 Jahren die Knaben am häufigsten Selbstmord durch Erhängen, die Mädchen durch Ertränken verübt hätten. BERGSTRAND und OTTO halten 1962 das Einnehmen von Narkotika für die häufigste Methode, Selbstmord zu begehen.

JAKOBZINER (1965) beschreibt 2 Fälle (ein 13-jähriges und ein 15-jähriges Mädchen), die in suicidalen Absicht Aspirin eingenommen hatten.

OTTO (1966) kam anhand von 42 in den Jahren 1955 bis 1959 in Schweden begangenen Kinderselbstmorden zu dem Ergebnis, dass in 81 % der Fälle passive Methoden (in 78 % Tabletten) zur Begehung des Suicidversuches gewählt wurden.

G. Motiv und Anlass

Die in den vorangehenden Kapiteln genannten Autoren haben sich auch mit der Frage des Motivs und Anlasses jugendlicher Suicide befasst. Aus nachstehender Tabelle ergibt sich jeweils mit Angabe des Autors, welche Motive und Anlässe für das jeweils beschriebene Kollektiv bedeutsam für den Selbstmordversuch waren (Tabelle 7).

Tab. 7: Motiv und Anlass der Selbstmorde und Selbstmordversuche

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Motiv und Anlass
STARK	1900	Strassburg	Schulschwierigkeiten (unbefriedigter Ehrgeiz, Angst vor Schulbesuch, Versäumnisse)
BAER	1901	Berlin	Furcht vor Strafe, schlechte Behandlung, Scham und Schande, Jähzorn, verletzter Ehrgeiz, Eitelkeit, Absicht, andere zu ärgern, Ärger, Streit, Trauer, Lebensüberdruß, Schulschwierigkeiten, Suggestion
STELZNER	1906	Berlin	Mißhandlung, Zureden der Mutter, mehrere Anlässe (Zwangserziehung, Gravidität, Inhaftierung)
EULENBURG	1907	Preussen	Furcht vor Strafe, Mißverhältnis zwischen Anforderung und Leistung, Schwermut
LEWINNEK	1908	-	Nichtversetzung in der Schule und Verständnislosigkeit der Eltern
BUDDE	1908	-	Schulschwierigkeiten
GURLITT	1908	-	Schulschwierigkeiten
ADLER	1910	-	Furcht vor Strafe (Schule, Familie), mangelnde Intelligenz, Suggestion

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Motiv und Anlass
HOCHÉ	1913	-	Überbürdung in der Schule, falsche Behandlung durch Lehrer und Eltern, Verstimmungs- zustände
REDLICH, LAZAR	1914	Wien	Familiäre und schulische Konflikte
KELLNER	1919	-	Verständnislosigkeit des Elternhauses, Verstimmungszustände, Gefühl der Minderwertigkeit, Trotz, Heimweh, Furcht, Schmerz, Rache sucht
HOMBURGER	1926	-	Strenge und Angst vor Strafe von seiten der Eltern und Lehrer, Erschütterung der Selbstwerte, innere Vereinsamung, Überbürdung in der Schule
SERIN	1927	Paris	Angst vor Strafe, Liebeskummer, Suggestion
KRENBARGER	1928	-	Familiäre und schulische Probleme (Vorwürfe, Mißhandlungen)
PRESSLER	1929	-	Familiäre und schulische Probleme (Fehler der Erzieher), Lebensüberdruß, Onanie, Verstimmungen, Suggestion

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Motiv und Anlass
TÜBBEN	1930	Deutschland	Verstimmungszustände, Überempfindlichkeit des Gewissens, Angst vor Prüfungen, Sitzenbleiben, schlechte Schulleistungen, Ärger, Eifersucht, unglückliche Liebe, Anhänglichkeit, Rachsucht, Stolz, Ehrgeiz, falsche Scham, Verzweiflung, Lebensüberdruß, Furcht, Streit, Heimweh, unerfüllte Wünsche, Sehnsucht nach verstorbenen Personen, verletzte Eigenliebe, schlechte Familienverhältnisse, Konflikte mit Angehörigen und Lehrern, mangelndes Verständnis, übermäßige Strenge und Bestrafung durch Lehrer, Mißhandlungen, unberechtigte Vorwürfe, Nekerereien
FRIEDJUNG	1930	Wien	Liebesentzug (Abreise, Verlust und Verletzung der Bezugsperson), Mangel an Anpassungsfähigkeit
GAUPP	1934	-	Verstimmungen, geringe Begabung und zu großer Ehrgeiz der Eltern, übertriebene Empfindsamkeit und Reizbarkeit, Angst vor Strafe, körperliche Krankheiten, Verstandnislosigkeit, Heimweh, Rache, Gelungsbedürfnis, Tadel, Mißhandlung, körperliche Überanstrengung, Suggestion

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Motiv und Anlass
SCHILDER u. BENDER	1937	New York	Liebesentzug, Flucht aus unerträglicher Situation
TRAWER	1949	Schweiz	Rachsucht und Aggression
RINGEL, SPIEL, STEPAN	1952	-	Liebesverlust, Suggestion
DESPERT	1952	-	Liebesverlust, Wunsch nach Sühne und Selbstbestrafung, Identifikation mit einer geliebten Person
GEISLER	1953	Berlin	Flucht aus unerträglicher Situation
BAADER	1955	Nordrhein- Westfalen	Verzweiflung, Hoffungslosigkeit durch Liebesmangel, wirkliches oder vermeintliches Unglück
JÜLLER- KÜPPERS, SCHILF	1955	Leipzig	Familiäre und schulische Schwierigkeiten, mit Verstimmungszuständen

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Motiv und Anlass
STERN	1957	-	Mangel an Liebe, Mißhandlungen, Vergehen, Heimweh
ZUMPE	1959	Berlin	Fehlen von Zuwendung und Geborgenheit durch äußere Umstände und Fehlen der Erzieher, Kontaktstörungen, Vereinsamung
TOOLAN	1961	New York	Versuch Aufmerksamkeit und Liebe zu erreichen, Reaktion auf innere Schwierigkeiten, Wunsch anderen in den Tod zu folgen, Zorn
ZACHAU- CHRISTIAN- SEN, JEN- SEN	1963	Kopenhagen	Schulische Probleme, Körperfehler
THE LANCET	1964	-	Aggression gegen sich und andere, Wunsch Aufmerksamkeit zu erregen
OTTO	1965	Schweden	Schulprobleme und Schwierigkeiten mit den Eltern
DOBROTKA, KOKAVEC	1965	-	Kontaktschwierigkeiten, Konflikte, Hilflosigkeit, Isolierung, Prestigeverlust

Autor	Jahr	Land bzw. Stadt	Motiv und Anlass
WAAGE	1966	Basel	Lebensangst, Verstoßensein, Angst vor Enttäuschung, depressive Haltung, Tadel, Vorwürfe, körperliche Bestrafung, familiäre Konflikte, demonstratives Verhalten, Trennung, Imitation
LOURIE	1967	-	Aggression gegen sich und andere, Flucht aus unerträglicher Situation, Verstimmungen, Suggestion
HALDANE, HAIDER	1967	Schottland	Aggressivität gegen Erwachsene, Angst wegen sexueller Beziehungen

Nur in wenigen Fällen verfügten die Autoren über Zahlenmaterial. So berichtete STARK (1900) über 10 Fälle, STELZNER (1906) über 4 Fälle, TRAMER (1949) über 1 Fall, GEISLER (1953) über 3 Fälle, BAADER (1955) über 14 Fälle, ZUMPE (1959) über 17 Fälle, ZACHAU-CHRISTIANSEN (1963) über 3 Fälle, WAAGE (1966) über 16 Fälle und HALDANE (1967) über 30 Fälle.

OTTO (1966) fand in Schweden bei 41 Selbstmördern im Alter von 10 bis 13 Jahren als Motiv in 69 % der Fälle Schwierigkeiten zuhause, bei 3 % der Fälle Liebesprobleme und in 16,7 % der Fälle schulische Probleme.

ROSENBERG nahm 1966 bei 26 9- bis 15-jährigen Selbstmördern (6 Knaben, 20 Mädchen) Aggressionen und Vereinsamung als Motiv und Anlass für den Selbstmordversuch an.

H. Psychologische und psychopathologische Determinanten des Kinderselbstmordes

Während sich die älteren Autoren verhältnismäßig wenig mit den psychologischen und psychopathologischen Determinanten des Kinderselbstmordes beschäftigen, rücken die Betrachtungen hierüber in neueren Arbeiten oft in den Vordergrund.

Beiträge zu diesem Thema finden sich erstmals in Diskussionen des Wiener Psychoanalytischen Vereins über den

Selbstmord, insbesondere über den Schülerselbstmord (1910). ADLER äussert hier, dass das Kind eine Doppelrolle spielen müsse. Es sei einerseits schwach, unselbständig, anlehnungsbedürftig und füge sich dem Zwang zu gehorchen, andererseits komme es im Laufe der Entwicklung zu Trotz und Hang zur Selbstständigkeit, die in Kontrast zu den Zügen des Gehorsams träten. Es bestehe ein innerer Widerspruch zwischen Unterwerfung und Tendenz zur Triebbefriedigung. Das Kind behalte nur die Züge des Gehorsams, die ihm Nutzen brächten (z. B. Gewinn von Liebe). Gelingen ihm dies nicht, so fühle es sich beleidigt und unsicher, was durch ein Gefühl der Minderwertigkeit zum Selbstmord führen könne. Gleichzeitig solle durch den Selbstmord den Angehörigen Schmerz zugefügt werden. ADLER ist auch der Meinung, dass Kinder häufig den Einflüssen der Suggestion erliegen und Selbstmord begingen, wenn sich kurz zuvor in der Umgebung ein solches Ereignis zugetragen habe, bzw. wenn sie in der Zeitung darüber gelesen hätten. Die Hauptursache kindlicher Selbstmorde sieht STEKEL, der ebenfalls zu den Diskussionsteilnehmern gehörte, in einer fehlerhaften Erziehung. Einerseits werde das Kind mit Zärtlichkeit überhäuft, andererseits durch starke Belastung (z. B. Ehrgeiz der Eltern) beschwert, so dass es unfähig werde, Lust ohne Schuldgefühl zu erleben. Auch Liebesentzug trage zum Selbstmord bei. Kinderselbstmord sei eine Strafe, die der aus dem Leben Scheidende an sich selbst vollzogen habe. Häufiger als bei Erwachsenen komme es bei Kindern zu Todesphantasien, in denen auch durch Strafe hervorgerufene Hassgedanken aufträten. Das Unbewußte erkläre sich der Todeswünsche für schuldig und ver-

urteile sich selbst zum Tode, damit paare sich das Verlangen, Eltern und Lehrer zu strafen und ihnen Schmerz zuzufügen. Die Auslösung des Selbstmordes komme bei Kindern durch ihre Neigung zu Affektivität und die diesem Alter eigene Überschätzung derselben leichter zu stande als bei Erwachsenen.

PRESSLER (1929) wendet sich weniger den Hintergründen als den Charakteristika kindlicher Selbstmordversuche zu. Er hebt hervor, dass der kindliche Selbstmord durch die Ärmlichkeit der Motive, Spontaneität des Entschlusses, Augenblicklichkeit der Ausführung, manchmal auch durch Energie und beträchtliche Kaltblütigkeit gekennzeichnet sei. Nach BARBAUX liege nichts zwischen der Vorstellung des Selbstmordaktes und dem Selbstmord selbst. Der Kinderselbstmord habe fast die Einfachheit einer Reflexhandlung, mit der man die Reaktionen von Kindern vergleichen könne.

Auch ZILBOORG (1937) äussert, dass Kinderselbstmorde impulsiver seien und weniger rationale Motive hätten, als die Erwachsener. Er ist der Meinung, dass Kinderselbstmord meist das Ergebnis von Furcht und Groll oder beidem sei. Der Selbstmord werde einer Bestrafung vorgezogen oder sei Folge einer Frustration durch die Versagung irgendwelcher Wünsche. Besonders dann, wenn Furcht mit Aggression verbunden sei, werde letztere gegen die eigene Person gewendet. SCHILDER und BENDER (1937) deuten die Hintergründe des Kinderselbstmordes dahingehend, dass die kindlichen Selbstmörder an Liebesentzug litten und versuchten, einer unerträglichen Situation zu entfliehen. Es komme zunächst zur Aggression gegen die dafür verantwortlichen Personen, dann

unter dem Einfluß von Schuldgefühl zur Autoaggression. Der Selbstmordversuch soll eine Strafe für die Umgebung sein, zugleich aber wolle sich das Kind dadurch wieder die Zuneigung dieser Umgebung erwerben.

RINGEL, SPIEL und STEPAN halten die kindliche Selbstmordtendenz in jedem Fall für pathologisch. Sie unterscheiden in den 1952 und 1955 erschienenen Arbeiten über das kindliche Selbstmordproblem drei Gruppen kindlicher Selbstmorde.

1. Zum kurzschlußartigen Akt des Selbstmordes komme es häufig nach Konfliktsituationen, besonders bei debilen und hirngeschädigten Kindern. Er sei durch das Fehlen der entsprechenden Bremsfaktoren, durch die Unfähigkeit, Frustrationen zu ertragen und das Unvermögen, vorauszusehen und abzuschätzen, welche Folgen nach bestimmten Handlungen zu erwarten seien, gekennzeichnet.
2. Bei neurotischen Kindern sei der Selbstmordversuch als letzte Konsequenz einer neurotischen Vorgeschichte anzusehen. Der Selbstmordversuch erfolge aus stärkster innerer Spannung und Angst heraus. Der Neurotiker sei unfähig, sich schwierigen Situationen anzupassen, insbesondere solchen, die mit Liebesentzug verbunden seien. Als weitere neurotische Symptome werden Selbstmordphantasien, Neigung zum Grübeln, Leistungsreduktion, Depressionen und Minderwertigkeitsgefühle einerseits, Davonlaufen, Enthemmungen und aggressive Handlungen andererseits angeführt. Auch die Art des Selbstmordversuches lasse hier die Ambivalenz des Neurotikers erkennen, der eingespannt zwischen die Tendenzen der Selbstvernichtung und des Weiterlebenwollens, in der Durchführung des Selbstmordversuches beiden Tendenzen gerecht werden wolle.
3. Zur letzten Gruppe schließlich gehörten die psychopathischen Kinder, die Selbstmord und Selbstmordversuch als Druckmittel in das Verhaltensschema ihres Umganges mit der Umwelt einbauen würden. Oft sei der Selbst-

mordversuch nur gegen eine Person gerichtet, manchmal aber auch Reaktion auf alle sich zeigenden Schwierigkeiten. Im Gegensatz zur zweiten Gruppe der neurotischen Kinder seien hier kaum Hemmungs- oder Depressionssymptome zu beobachten. Grundsätzlich hätten die von RINGEL beschriebenen drei Punkte des präsuicidalen Syndroms (1. Einengung auf die als untragbar erlebte Lage, 2. Hemmung der Aggression gegen die Umwelt, 3. Flucht in die Irrealität bzw. Todesphantasien) auch bei Kindern ihre Gültigkeit.

In einer anderen Arbeit aus dem Jahre 1953 führt RINGEL folgende wichtige Kennzeichen kindlicher Selbstmorde an:

1. Fehlen von Liebe,
2. Mangelnde eigene Liebesfähigkeit und verstärkte frühzeitige Aggressionstendenz
3. Häufung dissozialer Eigenschaften
4. Neigung zu explosiven Affekthandlungen
5. Den Wunsch einer unerträglichen Situation zu entfliehen und sich dabei, bzw. dadurch gleichzeitig zu rächen und
6. geistige Frühreife (hier ermögliche die Entwicklung über das Alter hinaus das frühzeitige Erfassen des Todesbegriffes).

Es gebe bei Kindern zwei präsuicidale Reaktionsweisen: 1. ständiges Reden vom Selbstmord (Drohungen) und 2. Selbstmord im Affekt ohne vorherige Äußerungen. Auch in dieser Arbeit werden die bereits oben angeführten Symptome des präsuicidalen Syndroms erwähnt.

STERN (1957) glaubt, daß bei Kindern der Wille zum Tode dann die Oberhand gewinnen könne, wenn störende Erlebnisse oder Erfahrungen in ihr Leben einträten oder die Befriedigung affektiver Bedürfnisse nicht ausreichend sei. Er weist hier besonders auf Störungen der Beziehungen zwischen Mutter und Kind (z. B. Vernachlässigung durch die Mutter oder Trennung von Mutter und Kind) hin. Weiterhin wird dargelegt, daß es bei

kindlichen Selbstmördern zunächst zur Manifestation eines Destruktionstriebes komme, der sich schließlich gegen das eigene Ich wende.

LÖWNAU (1964) führt die im Kindesalter paradoxe Reaktion des Selbstmordes trotz nichtiger Anlässe auf eine Störung der Intentionalität, die mit extremen Objektverlust einhergehe, zurück. Die Gefahr des Verlustes des Umweltbezuges sei in den Reifungsphasen besonders groß, da der phasenspezifische Wandel des Lebensgefühles (emotionelle Umstimmung) und der allmähliche Wandel des Weltbildes (projektive Neuorientierung) erst im Verlauf der seelischen Reifung durch Lernvorgänge miteinander koinzidiere. Es bestehe die Gefahr von Vereinsamungskrisen, in denen sich ungebundene Antriebe destruktiv auswirken könnten. Als Ursache der Störung der Intentionalität seien psychophysische Antriebsschwäche, neurotische Gehemmtheit sowie der Verlust von Leitbildern zu nennen.

GOULD (1965) ist der Meinung, daß das Fehlen von Liebe und Fürsorge, die für das Wachstum und die seelische Entwicklung des Kindes unbedingt notwendig seien, der Hauptfaktor in der Formierung einer "suicidalen Persönlichkeit" sei. Der Verlust von Liebe und Fürsorge rufe im Kind das Gefühl hervor, daß es abgelehnt werde, daß es schlecht sei und durch diesen Verlust dafür bestraft werden solle. Das Ergebnis seien eine Abnahme der Selbstachtung und ein Gefühl der Wertlosigkeit und damit eine depressive Stimmung. Diese Situation sei für das Kind unerträglich, sie führe zu Frustration, Zorn, Schuldgefühlen, übertriebenem Bedürfnis nach Liebe, Aufmerksamkeit und Fürsorge und zu dem Wunsche, zu bestrafen, bestraft zu werden oder zu beidem und könnte schließlich Selbstmord zur Folge haben. Die Aggression gegen den Elternteil, der das ablehnende Verhalten zeige, und auch das Liebesobjekt des Kindes sei, nähre das Gefühl des Kindes, schlecht zu sein und begünstige Depressionen und Schuldgefühl. Zur Sühne dafür wende das Kind seine Aggressionen gegen sich selbst. Gleichzeitig solle jedoch durch den Selbstmordversuch der unbewußt gehaßte Elternteil bestraft, für den Tod verantwortlich, traurig und schuldig gemacht wer-

den. Ebenso sei im Selbstmordversuch der Wunsch enthalten, die Eltern zu einer Änderung ihres Verhaltens und Gewährung von Liebe zu bewegen. GOULD unterscheidet 7 "Typen" des kindlichen Selbstmordes.

1. Der Selbstmord könne dem Wunsch entspringen, durch eine Verbindung mit dem mächtigen, verlorenen Liebesobjekt, in diesem Falle einem verstorbenen Elternteil, Schutz und Kraft zu erhalten. Dieser Wunsch beruhe auf dem nicht selten festzustellenden magischen Denken des Kindes.
2. Der Tod durch Selbstmord sei als Vergeltung für das Verlassenwerden oder diesbezügliche Drohungen zu deuten.
3. Das Kind wolle durch den Selbstmord Liebe erreichen, die Aufmerksamkeit auf sich lenken und andere bestrafen.
4. In seltenen Fällen sei der Selbstmord als Buße für die Sünden einer anderen Person aufzufassen.
5. Manchmal könne auch der Selbstmord als Symbol für den Mord an einer anderen Person gelten. In diesem Falle habe der Selbstmörder nicht die Möglichkeit, seine Zorngefühle auf andere Art auszudrücken und wende sie gegen sich selbst.
6. Selbstmord könne auf einer Desintegration der Persönlichkeit beruhen, z. B. bestehe die Möglichkeit, daß das Kind im Verlauf einer Psychose Stimmen höre, die ihm den Befehl dazu gäben; auch könne der Selbstmord Resultat einer verzerrten Todesvorstellung sein.
7. Schließlich müsse der Selbstmord in manchen Fällen auch als letzter Ruf nach Hilfe aufgefaßt werden.

Für die häufigsten Gründe des kindlichen Selbstmordes hält schließlich LOURIE (1967) Aggressionen und Flucht vor einer unerträglichen Situation oder in die Irrealität. Er äußert, daß Aggression oft Elemente der Revanche oder Groll gegen einen Elternteil oder die ganze Familie in sich trage. Das Fluchtmotiv bestehe vor allem dann, wenn das Kind sich hilflos fühle, wenn sein Lebensbereich bedroht sei oder wenn es eine Be-

strafung fürchte. In anderen Fällen müsse der Selbstmord als Selbstbestrafung für Todeswünsche oder Masturbation verstanden werden. Die Mehrzahl der Kinder, die Selbstmordversuche begingen, habe Schwierigkeiten, ihre Impulse unter Kontrolle zu bringen, was auf das heimische Milieu zurückzuführen sei, das die Impulsivität des Kindes fördere. Diese sei wichtig, wenn die Todesabsicht in die Tat umgesetzt werden solle. Ebenso fehle den meisten untersuchten Kindern die Möglichkeit, ihre Aggressionen zu neutralisieren, aufzulösen oder zu beherrschen.

I. Katamnesen

Nur bei 6 erfassten Autoren waren katamnestische Angaben zu finden.

STELZNER hatte in den Jahren 1892 bis 1905 in Berlin unter 200 Selbstmordfällen auch 4 Mädchen untersucht, die im Alter von 13, 14 und 15 Jahren erstmals einen Selbstmordversuch unternommen hatten. Bei 3 Mädchen war die Katamnese teilweise bekannt. Ein 13-jähriges Mädchen verübte später noch 4 Selbstmordversuche im Alter von 18, 30, 32 und 38 Jahren. Das 14-jährige Mädchen versuchte sich noch zweimal das Leben durch Sprung aus dem Fenster bzw. Durchschneiden des Nervus radialis zu nehmen. Nach der ersten Entlassung hatte es als Prostituierte seinen Lebensunterhalt verdient und sich dabei mit Lues infiziert. Während der antiluetischen Kur sollen Erregungszustände aufgetreten sein, die zur Aufnahme in eine geschlossene Anstalt geführt hatten, wo eine Heilung erreicht werden konnte. Das 15-jährige Mädchen hatte ebenfalls später noch 2 Selbstmordversuche durch Vergiftung mit Salzsäure unternommen und nach der Entlassung die Absicht geäußert, sich doch noch das Leben zu nehmen. Von den 17 Kindern, die ZUMPE (1959) untersucht hatte, zeigten nach dem Selbstmordversuch 5 Kinder (besonders die jüngeren) eine gute, 9 eine ausreichende und 3 eine schlechte soziale Anpassung. Häufig wurde in der Folgezeit sexuelle Verwahrlosung mit unehelichen Schwangerschaften beschrieben, einmal kam es zu kleinen Diebstählen. Ein 12-jähriges Mädchen beging 3

Jahre später Selbstmord durch Erhängen, nachdem es kurz zuvor einen zweiten Selbstmordversuch unternommen hatte.

SPIEL (1961), der sich mit Selbstmordversuchen bei psychotischen Kindern befaßt hatte, kam zu dem Ergebnis, daß nach dem ersten Selbstmordversuch weder bei den schizophrenen Kindern, deren Erkrankung meist in ein Defektsyndrom ausmündete, noch bei den manisch-depressiven weitere Selbstmordversuche unternommen wurden.

LAWLER (1963) stellte bei 21 Kindern, die von Mai 1960 bis Dezember 1962 im Winnipeg Children Hospital wegen eines Selbstmordversuches behandelt wurden, in der Folgezeit keine nochmaligen Selbstmordversuche mehr fest.

WAAGE berichtet, daß die von ihm in den Jahren 1957 bis 1964 in Basel untersuchten 16 Kinder häufig wegen häuslicher Schwierigkeiten in einem anderen Milieu untergebracht werden mußten (Heim, Pflegefamilie). Da die Dauer der Beobachtung des weiteren Verlaufes zu kurz gewesen sei (6 Monate bis 7 Jahre) lasse sich über die Prognose der weiteren psychischen Entwicklung noch wenig aussagen, es sei jedoch auffallend, daß in keinem Fall weitere Selbstmordversuche vorgekommen seien.

HALDANE, der in den Jahren 1957 bis 1963 30 Kinder zwischen 9 und 15 Jahren, die einen Selbstmordversuch verübt hatten, untersuchte, gibt an, daß 3 Kinder später nochmals einen Selbstmordversuch unternahmen, davon ein Kind einmal, 2 Kinder mehrmals.

III. DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der seit der Jahrhundertwende erschienenen Literatur zum Problem des Selbstmordes und Selbstmordversuches im frühen Reifungsalter, d. h. bei Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren. Eine Unterscheidung zwischen den Begriffen "Suicid" und "Suicidversuch" war nicht immer ersichtlich, weshalb beide Formen auch hier gemeinsam abgehandelt werden mußten. Bei der Durchsicht der einzelnen Arbeiten wurden folgende Merkmale getrennt erfaßt: Statistische Erhebungen, Herkunft und Milieu, Beziehungen zwischen Selbstmord, Rasse und Religion, körperliche und psychische Verfassung, Geschlechtsunterschiede, Art der Begehung, Motiv und Anlass, psychologische und psychopathologische Determinanten des Selbstmordes und Katamnesen.

In statistischen Erhebungen, die vom Jahr 1834 bis zum Jahr 1967 reichen, wird meist nur die Zahl der Kinderselbstmorde ohne Bezugnahme auf die Gesamtzahl der Selbstmorde angeführt. Nur vereinzelt finden sich Angaben von Prozentzahlen, die von 0,7 % bis 4,5 % reichen. Genauere Auskünfte liefert eine Statistik der WHO aus dem Jahre 1956, der zu entnehmen ist, daß um die Mitte des 20. Jahrhunderts in einem Zeitraum von jeweils 2 Jahren 0,2 bis 2,4 von hunderttausend 10 - 14-jährigen Jugendlichen Selbstmorde begingen. An der Spitze der untersuchten Länder stehen hier die Deutsche Bundesrepublik und Portugal mit 2,4 bzw. 2,0, am Ende die Britischen Inseln und die europäische Bevölkerung der Südafrikanischen Union mit je 0,2. In Bayern schwankten in den Jahren 1900 bis 1967 die entsprechenden Zahlen zwischen 0,4 (1965 bis 1967) und 0,8 (1939). Einige Autoren (GAUPP (1934), THE LANCET (1964)) sind jedoch der Meinung, daß die Aufzeichnungen nur niedrigste Werte enthielten, da viele kindliche Selbstmorde und Selbstmordversuche aus religiösen und moralischen Gründen verschwiegen bzw. nicht registriert würden. Ob die Zahl der Selbstmorde 10 - 15-Jähriger innerhalb der letzten 70 Jahre größeren Schwankungen unterworfen war, ließ sich anhand der Statistik nicht nachweisen; einige Autoren (ADLER (1910), HACKLÄNDER (1927), SWINSCOW (1951)) be-

richten jedoch über ein Ansteigen der kindlichen Selbstmorde. Hinsichtlich der Altersverteilung der Selbstmorde fällt auf, daß die Selbstmordziffer vom 11. bis 16. Lebensjahr kontinuierlich zunimmt. Mit nur wenigen Ausnahmen konnte ein Überwiegen der Knaben über die Mädchen festgestellt werden, so wird in der wohl umfassendsten Statistik der WHO aus dem Jahre 1956 ein Verhältnis von 3,5 : 1 angegeben.

In fast allen Arbeiten wiederkehrend wird ein ungünstiges Milieu, d. h. ein gestörtes Familienleben als eine der Voraussetzungen für den Selbstmord genannt. Dieser Faktor macht sich bei Jugendlichen stärker als im Erwachsenenalter als Selbstmordursache bemerkbar. Die schlechten Familienverhältnisse der jugendlichen Selbstmörder beruhen vor allem darauf, daß die Eltern an psychischen Störungen (Psychopathien, Neurosen, Trunksucht) leiden, die Familie unvollständig ist (Fehlen eines Elternteiles, Ersatz durch Stiefvater oder Stiefmutter, Adoptiveltern) und die Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern beeinträchtigt sind, ferner auf dem persönlichen Unvermögen der Erziehungspersonen. Besonders in der neueren amerikanischen Literatur wird dafür der Begriff des "broken home" verwendet. Zwei Autoren (TÖBBEN (1930), ESTAPE und DELGADO CORREA (1932)) weisen daraufhin, daß das Vorkommen von Selbstmord in der Familie auch bei den Kindern eine Selbstmordneigung begünstigen können. Außerdem wird erwähnt (BAADER (1955)), daß auch die Unterbringung in einem Heim bei der Auslösung von Selbstmorden Jugendlicher eine Rolle spielen können. Häufig waren die jugendlichen Selbstmörder in einer ärmlichen Umgebung aufgewachsen.

Neben den Familienverhältnissen ist auch die körperliche und seelische Verfassung für das Zustandekommen von Selbstmordversuchen maßgeblich. Sehr häufig konnte bei den untersuchten Kindern eine Psychopathie bzw. eine neurotische Entwicklung festgestellt werden, gelegentlich auch leichter Schwachsinn, Epilepsie, posttraumatische und postencephalitische Zustände. Die Meinungen über die Häufigkeit endogener Psychosen (endogene Depressionen, Schizophrenien) bei jugendlichen Selbstmördern sind geteilt. Während im europäischen Schrifttum (KELL-

NER (1919), HOMBURGER (1926), RINGEL (1953), BAADER (1955), WAAGE (1966)) hervorgehoben wird, daß diese nur selten als Ursache des Selbstmordversuches zu finden seien, sind die amerikanischen Autoren (TOOLAN (1961), LAWLER und Mitarbeiter (1963), THE LANCET (1964), WINN und Mitarbeiter (1966)) eher der Auffassung, daß man bei jugendlichen Selbstmördern häufig endogene Psychosen, besonders Schizophrenien, in der Anamnese feststellen könnte. Diese unterschiedliche Beurteilung ist wohl dadurch bedingt, daß die Definition der endogenen Psychosen in den verschiedenen Ländern nicht einheitlich gehandhabt wird.

Die Art der Begehung des Selbstmordes hat sich seit der Jahrhundertwende entschieden gewandelt. Während früher als Selbstmordmethode meist Ertränken, Erhängen und Sturz aus großer Höhe bevorzugt wurden, rückten in den beiden letzten Jahrzehnten Vergiftungen durch Arzneimittel, besonders Schlafmittel, weit in den Vordergrund. Diese Tatsache steht mit dem überall festzustellenden rapiden Anstieg des Verbrauches dieser Medikamente in Zusammenhang. Die Knaben neigen eher zur Wahl aktiver, die Mädchen zur Wahl passiver Methoden, wie das auch beim Selbstmord Erwachsener zu finden ist. Mehrere Autoren heben hervor, daß Kinderselbstmorde impulsiver seien und weniger rationale Motive hätten, als die Erwachsener.

Den psychologischen Hintergründen der Selbstmorde wurde von den älteren Autoren kaum nachgegangen. Erst etwa seit dem Jahre 1910 findet sich unter dem Einfluß der Psychoanalyse eine Änderung der Betrachtungsweise zu einer mehr verstehenden Psychologie hin. In zahlreichen Arbeiten wird jedoch weiterhin nicht zwischen dem Motiv, soweit darunter der letzte Anstoß zum Suizid verstanden wird, und den psychologischen Hintergründen mit einer längeren Entwicklung unterschieden. Als Motive lassen sich am häufigsten Schulschwierigkeiten, unberechtigte Vorwürfe, Mißhandlungen, Angst vor Strafe und Verlust von Bezugspersonen finden, als Hintergründe werden vor allem Isolierung, Kontaktschwierigkeiten, Fehlen von Zuwendung, Familienkonflikte, Verstimmungszustände, Minderwertigkeitsgefühle und abnorme Entwicklungen genannt. Interessant ist, daß in den älteren Arbeiten

aus den ersten 15 Jahren unseres Jahrhunderts der Hauptakzent auf schulische Schwierigkeiten gelegt und häufig sogar die Schule selbst angeschuldigt wird, den Selbstmord jugendlicher Personen zu fördern. Trotz der Leistungsorientiertheit der heutigen Gesellschaft wird schulisches Versagen in neueren Arbeiten weniger genannt. Angaben über katamnestiche Untersuchungen waren nur bei wenigen Autoren (STELZNER (1906), ZUMPE (1959), SPIEL (1962), LAWLER und Mitarbeiter (1963), WAAGE (1966), HALDANE (1967)) zu finden. Die Ergebnisse differieren. Man gewinnt jedoch den Eindruck, daß die weitere Entwicklung der Jugendlichen nur in seltenen Fällen günstig verlief, mehrfach wurden noch weitere Selbstmordversuche beschrieben.

Als auslösende Momente für den Selbstmord und Selbstmordversuch im frühen Reifungsalter spielen geistige Minderbegabung und körperliche Erkrankungen offenbar eine untergeordnete Rolle gegenüber schlechten Umweltbedingungen und abnormen Persönlichkeitsveranlagungen und -entwicklungen. Die durch suicidale Handlungen auffällig gewordenen Jugendlichen zeigen vor allem Ähnlichkeit mit der Gruppe Erwachsener, die im Affekt kurzschlußartig Suicid begehen. PRESSLER (1929) und ZILBOORG (1937) weisen besonders auf diese phänomenologischen Ähnlichkeiten hin, ebenso RINGEL (1952, 1953 und 1955). RINGEL, SPIEL und STEPAN (1952 und 1955) nehmen das präsuicidale Syndrom grundsätzlich auch als Vorstadium des Selbstmordes im frühen Jugendalter an. Obwohl Kinder dieser Altersstufe im allgemeinen in einer Gemeinschaft und nicht ganz unbeaufsichtigt leben, das präsuicidale Syndrom somit besser erfaßt werden könnte als bei einem Teil der Erwachsenen, wird hier die drohende Suicidgefahr wahrscheinlich leichter verkannt, weil die Symptome bei Kindern nicht genügend ernst genommen werden.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Aufgrund einer Durchsicht der Literatur über Selbstmorde und Selbstmordversuche 10- bis 15-Jähriger vom Jahre 1900 bis zum Jahre 1967 liessen sich als wesentliche Momente für den Selbstmord in dieser Altersstufe Störungen des Familienzusammenhanges und abnorme Persönlichkeitsstruktur nennen. Die Selbstmordhandlungen der Kinder stehen den kurzschlußartigen Handlungen von Erwachsenen unter dem Einfluß von Affekten nahe. Nach neuesten Statistiken ist bei dieser Altersgruppe mit einer Häufigkeit im Mittel von 0,01 % zu rechnen.

V. LITERATURVERZEICHNIS

1. ADLER A.: Diskussionen des Wiener Psychoanalytischen Vereins über den Selbstmord, insbesondere den Schülerselbstmord; Bergmann, Wiesbaden 1910
2. BAADER J.: Bedeutsame psychische und soziale Ursachen des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen; Mschr Kinderheilk. 103, 55-57 (1955)
3. BAER A.: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter; Thieme, Leipzig 1901
4. BERGSTRAND C.G.: Suicidal Attempts in Adolescence and Childhood; Acta paediat. (Uppsala), 51, 17-26 (1962)
OTTO H.:
5. BUDDE G.: Schülerselbstmorde; Jänecke, Hannover 1908
6. ČERNÝ L. u. MEČÍŘ J.: Suicid bei älteren und jüngeren Kindern; Acta paedopsychiat. 29, 56 (1962)
7. DESPERT J.L.: Suicide and Depression in Children; Nervous Child. 9, 378-390 (1952)
8. DOBROTKA G., KOKAVEC M.: The Factors influencing the Rate of Suicides in Children and Juveniles; Bratisl. Listy. 45, II, 97-112 (1965)
9. ESTAPE J.M u. DELGADO: Herencia neuro-psicopática suicida, intoxicación arsenical y polineuritis en una niña de 13 años; Arch. de Pediat. d. Uruguay. 3, 270-272 (1932)
CORREA B.:
10. EULENBURG A.: Schülerselbstmorde; Pädagog., Psychol., Pathol., 4, 1-31 (1907)

11. FRIEDJUNG J.K.: Zur Frage des Kinderselbstmordes;
Kinderforsch. 36, 502-519 (1930)
12. GAUPP R.: Selbstmord im Kindesalter
in Enzyklopäd. Handbuch d. Heilpädagogik,
2. Aufl., S. 2529-2542, Marhold, Halle
1934, Hrsg. A. Dannemann, G. Gnerlich,
A. Henze
13. GEISLER E.: Selbstmord und Todessehnsucht im Kindes-
alter; Psychiat., Neurol., Med. Psychol.,
5, 210-216 (1953)
14. GOULD R.E.: Suicide Problems in Children and
Adolescents; Amer. J. Psychother. 49,
228-247 (1965)
15. GRUHLE H.W.: Jugendsselbstmord; Z. Kinderforsch. 145,
157-203 (1936)
16. GRUHLE H.W.: Selbstmord; Thieme, Leipzig 1940
17. GURLITT L.: Schülersselbstmorde; Concordia, Berlin 1908
18. HACKLÄNDER F.: Ärzte und Lehrer über Schülersselbstmorde;
Z. psychoanalyt. Pädagog., 1, 188-191 (1927)
19. HALDANE J.D.: Attempted Suicide in Children and Adolescents;
HAIDER J.: Brit. J. Clin. Pract., 21, 587-591 (1967)
20. HOCHÉ A.: Schülersselbstmorde: in Deutsche Revue,
Deutsche Verlagsanstalt Stuttgart, März
1913, Hrsg. R. Fleischer
21. HOMBURGER A.: Vorlesungen über Psychopathologie des
Kindesalters; Springer, Berlin 1926
22. JAKOBZINER H.: Attempted Suicides in Adolescents by
Poisoning; Amer. J. Psychother., 19,
247-252 (1965)

23. KANNER L.: Child Psychiatry; Thomas, Springfield 1948
24. KELLNER : Beziehungen zwischen kindlichen und jugendlichen Selbstmorden und geistigen Anomalien; Z. Behandl. Schwachsinn, 39, 135-142 (1919)
25. KIELBERG S.: Kinderselbstmorde in Dänemark; Nord. med. Tidskr. 1193-1199 (1936); ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 83, 327 (1937)
26. KRENBARGER S.: Selbstmorde und Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen; EOS, Z. Heilpädagog. 20, 122-123 (1928)
27. LAWLER R.H.,
NAKIELNY W.,
WIGHT N.A.: Suicidal Attempts in Children; Canad. Med. Ass. J. 89, 751-754 (1963)
28. LEWINNEK A.: Schülerelbstmord und Elternhaus; Hartung, Königsberg 1908
29. LIEBERMANN L.P.: Three Cases of attempted Suicide in Children; Brit. J. Med. Psychol., 26, 110-114 (1953)
30. LÖWNAU H.W.: Störungen der Intentionalität am Beispiel des Suicides im Kinder- und Jugendalter; Acta paedopsychiat., 31, 12-19 (1964)
31. LOURIE R.S.: Suicide and attempted Suicide in Children and Adolescents; Tex. Med., 63, 58-63 (1967)
32. MAY G.: Selbstmord und Selbstmordversuch bei Kindern und Jugendlichen; Diss. Med. Basel 1936

33. MÜLLER-KÜPPERS M. Beiträge zur Kinderpsychologie III,
u. SCHILF E.: Selbstmord bei Kindern; Psychiat.,
Neurol., Med. Psychol., 7, 42-54,
(1955)
34. v. OBERMÜLLER: Beitrag zum Jugendselbstmord in Baden;
Z. Kinderforsch., 45, 150-156 (1936)
35. OTTO H.: Suicidal Attempts by Children and
Adolescents because of School Pro-
blems; Acta Paediat. Scand. 54, 348-
356 (1965)
36. OTTO H.: Suicidal Attempts made by Children;
Acta Paediat. Scand., 55, 64-72 (1966)
37. PARNITZKE K.H.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen
der letzten Jahre: in Selbstvernichtung,
S. 78-97, Akadem. Verlagsgesellschaft,
Frankfurt 1965, Hrsg. Ch. Zwingmann
38. PRESSLER C.: Le Suicide chez les enfants; Strasbourg
méd., 89, 471-486 (1929)
39. REDLICH E. u. Über kindliche Selbstmörder; Springer,
LAZAR E.: Berlin 1914
40. RINGEL E., SPIEL, Zur Selbstmordtendenz bei Kindern; Wien.
W., STEPAN M.: Z. Nervenheilk., 5, 344-354 (1952)
41. RINGEL E.: Der Selbstmord; Maudrich, Wien-Düssel-
dorf 1953
42. RINGEL E., SPIEL Untersuchungen über kindliche Selbst-
W., STEPAN M.: mordversuche; Prax. Kinderpsychol.
Kinderpsychiat. 4, 161-168 (1955)
43. ROSENBERG P.H., Suicide Attempts by Children; Ment. Hyg.
LATIMER R.: 50, 354-359 (1966)

44. SCHILLER P. u. BENDER L.: Selbstmordneigung und =versuche bei Kindern; Amer. J. Orthopsychiat. 7, 225-234 (1937), ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 87, 174 (1938)
45. SERIN S.: Les Suicides d'enfants; Hyg. ment. 22, 33-37 (1927)
46. SPIEL W.: Die endogenen Psychosen des Kindesalters; Karger, Basel-New York 1961
47. STARK P.: Selbstmord in der Schule; Diss. Med. Straßburg 1900
48. STELZNER H.: Analyse von zweihundert Selbstmordfällen; Karger, Berlin 1906
49. STEKEL W.: Diskussionen des Wiener Psychoanalytischen Vereins über den Selbstmord, insbesondere den Schülerselbstmord; Bergmann, Wiesbaden 1910
50. STERN E.: Über Verhaltens- und Charakterstörungen bei Kindern und Jugendlichen; Rascher, Zürich 1953
51. STERN E.: Kind, Krankheit und Tod; Reinhardt, München-Basel 1957
52. SWINSCOW D.: Some Suicide Statistics; Brit. Med. J., 4720, 1417 (1951), ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 117, 396 (1952)
53. THE LANCET: Suicide and suicidal Attempts in Children and Adolescents; 2, 847-848 (1964)
54. TÖBBEN H.: Über den Selbstmord Jugendlicher; Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 14, 499-516 (1930)

55. TOOLAN J.M.: Suicide and suicidal Attempts in Children and Adolescents. Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry. Montreal 4. - 10. Juni 1961. 2, 1240-1244 (1961)
56. TRAMER M.: Zur Frage des Selbstmordversuches und Lebensüberdrusses im Kindesalter; Z. Kinderpsychiat. 16, 109-121 (1949)
57. WAAGE G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen; Psychol. Prax. 39, 27-47 (1966)
58. WINN D. u.
HALLA N.: Observations of Children, who threaten to kill themselves; Canad. Psychiat. Ass. J., 11, 283-294 (1966)
59. ZACHAU-CHRI-
STIANSEN B. u.
JENSEN J.: Violent Deaths in Childhood in a Danish Medical District; Acta paediat. (Uppsala) 140, 135-136 (1963)
60. ZILBOORG G.: Considerations on Suicide, with particular Reference of that of the Young; Am. J. Orthopsychiat. 7, 15-31 (1937)
61. ZUMPE L.: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen; Z. Psychother. med. Psychol. 9, 223-243 (1959)

Herrn Prof. Dr. Dr. E. Weinig danke ich an dieser Stelle ergebenst für die freundliche Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. G. Reinhardt danke ich für die verständnisvolle Anleitung, die vielen Anregungen und die Unterstützung bei der Gestaltung der Dissertation.

Lebenslauf

Am 21. 7. 1936 wurde ich als Tochter des kaufmännischen Angestellten Hans Fischer und seiner Ehefrau Anna, geb. Mahr, geboren. Nach dem Besuch der Volksschule in Nürnberg, Westheim bei Augsburg und Feucht bei Nürnberg in den Jahren 1942 bis 1945 trat ich im Dezember 1945 ins Neue Gymnasium in Nürnberg ein und legte dort im Juni 1954 die Reifeprüfung ab. Vom Wintersemester 1954 an studierte ich an den Universitäten in Erlangen und München Medizin, im Februar 1961 bestand ich an der Universität Erlangen die ärztliche Prüfung.

In der Folgezeit war ich als Medizinalassistentin am Hygienisch-bakteriologischen Institut der Universität Erlangen, am Stadtkrankenhaus Fürth i. Bay., am Städtischen Krankenhaus Forchheim und an der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg beschäftigt. Im April 1963 erhielt ich die Bestallung als Ärztin. Seit Mai 1963 bin ich in diesem Beruf an der Universitäts-Nervenklinik tätig. Im Juli 1969 wurde ich als Nervenärztin anerkannt.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990
